**** ADMINISTRADORA:

**Itaú** Soluções Previdenciárias

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REGISTRO NA EMPRESA | | | TERMO DE ADESÃO PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR SÃO BERNARDO **CNPB nº 1980.0007-19** | | | | | | | | | | | | **DATA DE ADMISSÃO**  Insira Data | | | |
| **1. TERMO DE ADESÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro ter pleno conhecimento de todas as Normas Estatutárias e Regulamentares que regem as atividades da São Bernardo Previdência Privada e a elas livremente manifesto, a seguir, meu desejo de participar do Plano de Previdência Complementar São Bernardo.  Responsabilizo-me, para fins de direito, pelos dados abaixo declarados necessários ao meu cadastramento nesse Plano de Previdência Complementar. Declaro ter recebido cópia do Estatuto, do Regulamento do Plano de Previdência Complementar São Bernardo e ter pleno conhecimento do site da São Bernardo (www.saobernardo.org.br). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. DADOS DO PARTICIPANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PATROCINADORA | | | | | | | DIVISÃO | | | | LOCAL | | | | | CNPJ | | |
| NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE (**sem abreviações)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO CIVIL  01 SOLTEIRO  02 CASADO  03 VIÚVO  04 SEPARADO JUDICIALMENTE  05 DIVORCIADO  06 OUTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEXO **(M/F)**  Escolha | DATA DE NASCIMENTO  Insira Data | | | | NATURALIDADE (cidade do nascimento) | | | | | | | NACIONALIDADE (país do nascimento) | | | | | | |
| NÚMERO DO PIS | | | | NÚMERO DO CPF | | | | | EMAIL PESSOAL | | | | | | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | | | | | | | | | | | | OCUPAÇÃO PROFISSIONAL | | | | | | |
| NATUREZA | | NÚMERO | | | | ÓRGÃO EXPEDIDOR | | DATA DE EXPEDIÇÃO  Insira Data | | | |
| ENDEREÇO (**sem abreviações)** | | | | | | | | | | COMPLEMENTO | | | | BAIRRO | | | | |
| CIDADE | | | | | | | | ESTADO | | CEP | | | | | | | (DDD) TELEFONE  (   ) | |
| FILIAÇÃO (nome do pai) | | | | | | | | FILIAÇÃO (nome da mãe) | | | | | | | | | | |
| 3. BENEFICIÁRIOSANTES DE PREENCHER OS QUADROS 3 E 4, RECOMENDA-SE A LEITURA DOS ITENS 2.3; 2.4 E 2.5 DO REGULAMENTO DO PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  CÔNJUGE  COMPANHEIRO(A) | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  FILHO(A) DO PARTICIPANTE  ENTEADO(A) / ADOTADO(A) | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  FILHO(A) DO PARTICIPANTE  ENTEADO(A) / ADOTADO(A) | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  FILHO(A) DO PARTICIPANTE  ENTEADO(A) / ADOTADO(A) | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  FILHO(A) DO PARTICIPANTE  ENTEADO(A) / ADOTADO(A) | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**    PAI DO PARTICIPANTE (No caso de Participante que não tenha cônjuge, Companheiro ou filhos  (incluindo enteados e adotados legalmente) | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**    MÃE DO PARTICIPANTE (No caso de Participante que não tenha cônjuge, Companheiro ou filhos  (incluindo enteados e adotados legalmente) | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| 4. BENEFICIÁRIO INDICADO- No falecimento de participante e na falta de Beneficiário.(QUANDO HOUVER, DEVERÁ SER RECONHECIDA A FIRMA DO PARTICIPANTE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  **PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO:**    **%** | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  **PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO:**    **%** | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  **PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO:**    **%** | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  **PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO:**    **%** | | | | | | | | | | | | | **CPF:**  **DATA DE NASCIMENTO:** Insira Data | | | | | |
| **5. CONTRIBUIÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONTRIBUIÇÃO BÁSICA:**  Autorizo a Patrocinadora a descontar mensalmente do meu Salário Aplicável, o percentual de 2% (dois por cento) da parcela do meu Salário Aplicável até 15 (quinze) USB, mais um percentual de  % (por cento) do valor excedente a 15 (quinze) USB a título de Contribuição Básica, de acordo com o item 7.1.1 do Capítulo 7 do Regulamento do Plano de Previdência Complementar São Bernardo. OBS: Percentual inteiro variando de 2% (dois por cento) a 7% (sete por cento) da parcela do seu Salário Aplicável.  Observação: a falta de indicação de percentual para a parcela do Salário Aplicável excedente a 15 USB, significará automaticamente a opção e adoção do percentual de 2%  **CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA MENSAL:**  Tendo autorizado a Contribuição Básica pelo percentual máximo permitido pelo Regulamento do Plano de Previdência Complementar São Bernardo, considerando o item 7.1.2 do mesmo Regulamento, autorizo também descontar mensalmente do meu Salário Aplicável, mais um percentual de 2% (dois por cento), caso o meu Salário Aplicável seja igual ou inferior a 15 (quinze) USB, ou um percentual de  % (por cento)\*, caso o meu Salário Aplicável seja superior a 15 (quinze) USB, a título de Contribuição Voluntária Mensal.  OBS: (\*) Percentual inteiro, variando de 2% (dois por cento) a 8% (oito por cento) calculado sobre o total do Salário Aplicável. Caso haja opção por essa contribuição, a falta de indicação de percentual para Salários Aplicáveis superiores a 15 USB, significará automaticamente a opção e adoção do percentual de 2%.  A opção por esta contribuição incide também sobre a Participação nos Lucros (PLR). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. TERMO DE OPÇÃO PELO PERFIL DE INVESTIMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Considerando minha adesão ao Plano, autorizo a alocação do valor relativo ao Saldo de Conta Total de Participante no seguinte Perfil de Investimentos:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **OPÇÃO** | **PERFIL** | **APLICAÇÕES** | **BENCHMARK (\*)** | |  | **São Bernardo** | 100% em Renda Fixa – com máximo de 80% de títulos públicos e máximo de 40% de títulos privados. | Renda Fixa: **100% IMA-S** | |  | **SB Zero** | Entre 100% e 95% em Renda Fixa – com o máximo de 80% de títulos públicos e máximo de 40% de títulos privados.  Entre 0% e 5% em Investimentos Estruturados. | Renda Fixa: **95% (80% IMA-S + 20% IPCA + 5% a.a.).**  Investimentos Estruturados: **5% CDI.** | |  | **SB 20** | Entre 85% e 65% em Renda Fixa – com o máximo de 80% de títulos públicos e o máximo de 40% de títulos privados.  Entre 15% e 25% em Renda Variável (ações), podendo incluir até 5% de Investimentos no Exterior, mantendo a soma destes segmentos o limite de 25% investidos.  Entre 0% e 10% em Investimentos Estruturados. | Renda Fixa: **70%** **(80% IMA-S + 20% IPCA + 5% a.a.).**  Renda Variável: **20% IBrX.**  Investimentos Estruturados: **10% CDI.** | |  | **SB 40** | Entre 68% e 42% em Renda Fixa – com o máximo de 80% de títulos públicos e o máximo de 40% de títulos privados.  Entre 32% e 48% em Renda Variável (ações), podendo incluir até 10% de Investimentos no Exterior, mantendo a soma destes segmentos o limite de 48% investidos.  Entre 0% e 10% em Investimentos Estruturados. | Renda Fixa: **50% (80% IMA-S + 20% IPCA + 5% a.a.).**  Renda Variável: **40% IBrX.**  Investimentos Estruturados: **10% CDI.** | | (\*) *Os Benchmarks poderão ser alterados a qualquer tempo para serem adequados a Política de Investimentos* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. TERMO DE OPÇÃO PELO REGIME TRIBUTÁRIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSIDERANDO:  1. Que a Lei nº. 11.053, de 29/12/2004, com alterações previstas na Lei 11.196 de 21/11/2005, faculta aos participantes dos planos de benefícios das entidades de previdência complementar, inscritos a partir de 1º de janeiro de 2005, a opção pela aplicação do regime de tributação da Tabela Regressiva ou Progressiva até o último dia do mês subsequente à data da inscrição.  2. Que de acordo com o regime da Tabela Regressiva, os valores pagos a título de benefícios ou de resgates, ficarão sujeitos à incidência do Imposto de Renda Exclusivamente na Fonte, sob a forma definitiva, segundo uma Tabela com alíquotas regressivas em função do período de acumulação dos recursos.  Declaro abaixo minha opção pelo regime tributário, tendo conhecimento de que esta opção é irretratável, não podendo ser alterada posteriormente.  **OPÇÃO PELO REGIME TRIBUTÁRIO DA TABELA REGRESSIVA**  Venho através deste formulário, na qualidade de participante do Plano de Previdência São Bernardo, exercer minha opção pelo regime tributário baseado na Tabela de Imposto de Renda na Fonte, com alíquotas regressivas, em função do período de acumulação, nos termos do artigo 2º da Lei 11.053, com alterações previstas na Lei 11.196, declarando, neste ato, estar ciente das regras previstas na referida legislação destacando-se que:   1. A presente opção pelo regime de tributação segundo a Tabela de alíquotas regressiva é imutável e irretratável; 2. A Tabela de alíquotas regressivas continuará sendo aplicada ainda que os recursos acumulados no Plano de Previdência São Bernardo venham a ser transferidos para outra Entidade, na hipótese da utilização do instituto da Portabilidade ou qualquer outro meio de transferência eventualmente permitido pela legislação; e 3. O período de acumulação de recursos para efeito da contagem de tempo que determinará a aplicação das alíquotas da Tabela Regressiva, na hipótese de pagamento do benefício ou de resgate, será contado a partir da data do aporte, no caso dos aportes ocorridos a partir de 1º de janeiro de 2005.   **OPÇÃO PELA MANUTENÇÃO NO REGIME TRIBUTÁRIO DA TABELA PROGRESSIVA**  Declaro-me ciente dos termos da Lei 11.053, publicada em 30/12/2004, com alterações previstas na Lei 11.196 de 21/11/2005 e formalizo minha opção pelo regime de tributação baseado na **tabela progressiva** do Imposto de Renda.  Tenho conhecimento de que a opção pelo regime da **tabela progressiva** do Imposto de Renda importará que qualquer **resgate** será tributado na fonte em 15% e ajustado na declaração anual de Imposto de Renda subsequente, de acordo com a tabela progressiva do Imposto de Renda que estiver em vigor à época e que, atualmente, prevê alíquotas de 0%, 7,5%, 15%, 22,5% e 27,5%, de acordo com o valor da renda. Os benefícios recebidos em forma de renda serão tributados na fonte conforme a tabela progressiva do imposto de renda. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para fins de complemento do cadastro da SÃO BERNARDO PREVIDÊNCIA PRIVADA, nos termos previstos na Instrução PREVIC nº 18, de 24/12/2014, solicitamos as seguintes informações. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Declarante Brasileiro**: Responder as questões de 1 a 8  **Declarante Estrangeiro**: Responder também a questão 9  **Você, seus representantes, familiares ou pessoas de seu relacionamento próximo, nos últimos 5 anos:**  ***Veja ao final observações (1) e (2)* RESPOSTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) Desempenham ou desempenharam, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante? | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | NÃO |
| 2) Exercem ou exerceram mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União? | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | NÃO |
| 3) Ocupam ou ocuparam cargo no Poder Executivo da União, tais como: de Ministro de Estado ou equiparado, de natureza especial ou equivalente; de presidente, vice-presidente e diretor de ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes? | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | NÃO |
| 4) São ou foram membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores nos últimos 5 anos? | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | NÃO |
| 5) São ou foram membros do Conselho Nacional do Ministério Público, Procurador-Geral da República, Vice-Procurador-Geral da República, Procurador-Geral do Trabalho, Procurador-Geral da Justiça Militar, Subprocuradores-Gerais da República e Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal? | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | NÃO |
| 6) São ou foram membros do Tribunal de Contas da União e Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União? | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | NÃO |
| 7) São ou foram governadores de Estado e do Distrito Federal, presidentes de tribunal de justiça, de assembleia legislativa e de Câmara Distrital, presidentes de tribunal e de conselho de contas de estado, de municípios e do Distrito Federal? | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | NÃO |
| 8) São ou foram prefeitos ou presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado nos últimos 5 anos? | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | NÃO |
| 9) Exercem ou exerceram importantes funções públicas **em outro país**, como por exemplo, chefes de Estado e de Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos? | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | NÃO |
| ***(1)*** *O prazo de cinco anos deve ser contado, retroativamente, a partir da data de início da relação jurídica estabelecida com a São Bernardo (inscrição do Participante no Plano ou início de recebimento de benefício, se Beneficiário).*  ***(2)*** *São considerados familiares os parentes, na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.*  **Declaro, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas são verdadeiras, assumindo por elas integral responsabilidade e comprometendo-me a comunicar a São Bernardo Previdência Privada, caso haja qualquer alteração posterior a esta data.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. DATA DE ADESÃO E ASSINATURAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA DO PARTICIPANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ABONO DA PATROCINADORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TERMO DE ADESÃO - PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR SÃO BERNARDO Jan/2018

1ª via Participante 2a via São Bernardo 3a via Patrocinadora